№ 17. Warszawa dnia 17 (29) Kwietnia 1869 roku. Tom IV.

REDAKCJA przy ulicy Królewskiéj Nr. 37.

KLINIKA.

TYGODNIK LEKARSKI.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	na Poczcie w kopertach:	Rocznie . . Rs. 7 (złp. 46 gr. 20 Półrocznie. „ 3 k. 50 („ 23 „ 10 Kwartalnie „ 1 „ 75 („ 11 „ 20

w Redakcji pod opaską: Rocznie Rsr. 6. — Półrocznie Rsr. 3. — Kwartalnie Rsr. 1 kop. 50.

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

Przepuklina pępkowa zaciśnięta; —nowa modyfikacja w sposobie operacyjnym.

przez proff. **H. Korzeniowskiego.**

Dyrektora Kliniki chirurgicznej Szkoły Głównej — Lekarza ordyn. w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przepukliny pępkowe pod względem działania chirurgicznego i po dziś dzień przedstawiają nam dużo do życzenia. Geniusz chirurgiczny *Dieffenbach'a* zwróciwszy uwagę na zagrażające życiu chorego niebezpieczeństwo z otwierania przepukliny zaciśniętéj, pępkowéj, pochodzące, i wykazawszy powody tego niebezpieczeństwa, nie był w stanie jednakże zaradzić temu przez usunięcie przyczyn do powstawania zapalenia częstego otrzewnéj. Przyczyną zapalenia otrzewnéj, zdaniem jego,[1]) jest to, iż otworzenie worka przepuklinowego równa się otworzeniu jamy brzusznéj i to w najwyższéj jéj części, że zatem cała sekrecja rany bezpośrednio przenika i spływa do wnętrza jamy brzusznéj, występując jak obodziec do zapalenia otrzewnéj. Im trudniéj zatém wywołać bezpośrednie zlepienia się rany, im większa jest jéj sekrecja, tém niebezpieczeństwo jest większe, gdyż bodziec do wywołania zapalenia otrzewnéj jest obfitszy azatem silniejszy. *Dieffenbach* temu ostatniemu przypisuje też wielką śmiertelność, a nawet bezwarunkową prawie śmiertelność po operacji zaciśniętéj przepukliny pępkowéj, u osób obdarzonych znaczną ilością tłuszczu. Drugim bodźcem do wywołania zapalenia otrzewnéj, jest swobodne wejście powietrza do jéj jamy, które niejako jest wciąga-

[1]) Die operative Chirurgie v. *J. F. Dieffenbach* Bd. II Lejpzig—pag. 611.

ne przy każdém podniesieniu się przepony przy oddychaniu, lecz przy każdém poruszeniu się mięśni w skład ściany jamy brzusznéj wchodzących. Nakoniec, często bardzo przyczyną pojawiającego się zapalenia otrzewnéj, są nastawiające się trzewia w saméj ranie, przy najmniejszém poruszeniu się lub podniesieniu się chorego. Przyczem, pomimo najszczelniejszego połączenia rany, czy to szwem krwawym czy suchym, kiszki wpuklają się pomiędzy brzegi rany, i cofając się, następnie unoszą z sobą pewną część sekrecji rany i pewną ilość powietrza wprowadzają za sobą do wnętrza jamy otrzewnéj. Zabezpieczającym środkiem na uniknięcie tego, jest stała horyzontalna pozycja, która dla chorych staje się nieznośną w bardzo krótkim czasie. Wszyscy chirurgowie czuli potrzebę zaradzenia temu, lecz usiłowania ich były niedostatecznemi.

Zasada postawiona przez *J. L. Petit'a*, otwierania przepuklin zaciśniętych o ile można najmniejszym otworem, szczególniéj się stosuje do zaciśniętych przepuklin pępkowych. *A. Cooper* dla uniknięnia zetknięcia bodźców z jamą otrzewnéj, na podstawie guza robił przecięcie, wprowadzał palec wskaziciel ręki lewej między kółko zaciskające a otrzewnę i rozszerzał takowe za pomocą nożyka główkowatego, starając się późniéj odsunąć trzewia uciśnięte zwykłemi manewrami. Tak *A. Cooper* jak i późniejsi: *Key*, *Dieffenbach* i inni, przekonali się, że dla osiągnięcia pomyślnego rezultatu z takiego sposobu postępowania, potrzeba bardzo wiele sprzyjających warunków, ażeby odprowadzenie zaciśniętych trzewiów było możebném; gdyż zatrzymanie trzewiów w przepuklinie może być nietylko skutkiem zaciśnięcia, lecz także skutkiem zrostów z siecią, i że zaciśnięcie ma częściej miejsce pomiędzy zrostami sieci jak w otworze kółka pępkowego.

Dieffenbach, *Key*, a szczególnie *Lücke*, stosując cięcie małe w celu zniesienia zaciśnięcia, bez otworzenia otrzewnej, a więcéj w celu przeniesienia otworu na podstawę guza, zatem ułatwiając złączenia bezpośrednie brzegów rany, przy jednoczesném utrudnieniu wlewania się jéj sekrecji do wnętrza jamy brzusznéj, starali się zmniejszyć niebezpieczeństwo wynikające z łatwego drażnienia otrzewnéj i następstw jéj zapalenia. Lecz z przeniesieniem cięcia na obwód guza który tworzy przepuklina,cięcie nasze oddalamy od pola działania na miejsce samego zaciśnięcia i przy najmniejszéj trudności w odprowadzeniu trzewiów, zmuszeni jesteśmy robić szerokie rozerwanie sieci lub zrostów jéj z wewnętrzną powierzchnią worka przepuklinowego;— narażamy się zatem na rozerwanie naczyń większych w sieci saméj, lub naczyń w pośród zrostów nowoutworzonych, na krwotok do wnętrza otrzewnéj, a tém samém na niebezpieczeństwo jéj zapalenia.

Bezpośrednie przecięcie nad samém miejscém zaciśnięcia, azatem w linji pośrodkowéj, najłatwiéj prowadzi nas do celu; lecz jeżeli nie otrzymujemy bezpośredniego zrośnięcia, chorego możemy uważać za straconego. Cóż powiemy o przypadkach, w których: czy to skutkiem ścieńczenia ścian saméj przepukliny, czy to skutkiem zapalenia jéj, czy nakoniec skutkiem wylewów krwi lub zgorzeli, występujących jako następstwo zbyt gwałtownego obcho-

dzenia się z chorym o otrzymaniu bezpośredniego zrośnięcia marzyć nam niewolno? Co robić w tych przypadkach w których na pewno wiemy że bez obfitego ropienia rany pooperacyjnéj obejść się nie możemy? Chirurg będąc w obec podobnych przypadków nie może pozostawać bezczynnym, postępując według wskazań, zawsze wynajdzie, bez wielkich wysileń umysłu, środek zadosyćczyniący tym wskazaniom.

Będąc postawionym w obec jednego z podobnych przypadków, jak to poniżéj przytoczona historja choréj na przepuklinę pępkową zaciśniętą wykazuje, gdzie skutkiem scieńczenia ścian przepukliny, jako następstwo, z jednéj strony, ciągłego ciśnienia od wewnątrz trzewiów na ścianę przepukliny, z drugiéj zaś strony —zapalenia worka przepuklinowego, i gdzie na pewno można było powiedzieć, iż ściana przepukliny w okolicy samego pępka i część zawartości przejdzie w zgorzel,—starałem się zadosyć uczynić następującemu wskazaniu: *oddzielić jamę brzuszną od jamy przepukliny, czy to stale czy na czas potrzebny do zamknięcia się otworu w ścianach przepukliny zrobionego, celem zniesienia zaciśnięcia.*

Wskazanie to, któremu w przepuklinach udowéj i pachwinowéj tak często zadosyć czynimy, za pomocą przycisku wykonywanego stosowną opaską, nałożoną w miejscu odpowiadającém workowi przepuklinowemu, —w przepuklinie pępkowéj nie może być wykonaném, z powodu trudności założenia opaski i jej utrzymania na ruchomym brzuchu. Ucisk ten wykonałem za pomocą szwu wałeczkowatego, przeprowadzonego przez całą grubość ścian przepukliny, na wysokości szyi worka przepuklinowego, ujmując w szew nietylko ściany worka ale i zawartość saméj przepukliny t. j. sieć silnie ze ścianą przepukliny zrośniętą.

Przycisk tak wykonany, według mojego przewidywania, miał działać dwojakim sposobem: 1) jako środek mechanicznie uciskający i zbliżający ku sobie ściany worka przepuklinowego i 2) jako środek drażniący, za pomocą którego wywołane mogło być zapalenie zlepne w ścianach worka przepuklinowego, przy pomocy którego ściany worka przepuklinowego mogły się zrosnąć z zawartością t. j., z siecią, i tym sposobem stale zamknąć otwór prowadzący z jamy otrzewnéj do jamy worka przepuklinowego.

O ile moje przewidywania się sprawdziły i o ile sposób takiego postępowania był racjonalnym, najlepiéj przekonywa nas historja choréj, niżéj przytoczona.

W dniu 18-ym Grudnia 1867 roku, przysłaną została do szpitala Dzieciątka Jezus z domu wyrobnego, włóczęga, *Regina Ward*, lat 56 licząca— niezamężna; w młodości zupełnie zdrowa, przebyła 4 porody, które wszystkie szczęśliwie się odbyły. Po ostatnim porodzie, który miał miejsce przed 15 laty, zauważyła powiększenie się pępka, które stopniowo wzmagając się doszło we dwa lata do wielkości dużéj pięści. Od tego czasu guz ten to się powiększał to zmniejszał, co zależnem było albo od położenia choréj, lub też od większego wzdęcia brzucha—jednak nigdy nie znikał zupełnie. W ciągu ostatnich lat trzech, chora często doświadczała boleści w brzuchu, które jednak bez żadnych zaradczych środków przechodziły. Dopiero na dwa dni przed przybyciem do

szpitala, przy podniesieniu balji napełnionéj wodą, uczuła silny ból w okolicy pępka, rozchodzący się po całym brzuchu, w kilka godzin brzuch był wzdęty i rozpoczęły się wymioty, które choréj bardzo dokuczały, gdyż były częste i męczące;— jednocześnie guz w okolicy pępka powiększył się do wielkości dużéj pięści i stał się twardym i bolesnym w dotknięciu. W takim stanie chorą przywieziono do szpitala i umieszczono w oddziale wewnętrznym. Na drugi dzień t. j. 19-go Grudnia znalazłem ją przeniesioną do mego oddziału w stanie następującym:

Brzuch wzdęty, tympanityczny,—okolica pępkowa przedstawia guz wielkości dwóch małych pięści, z zagłębieniem odpowiadającém pępkowi na samym wierzchołku guza.—Guz nie jest zupełnie zaokrąglonym, lecz bruzdą poprzeczną podzielony na trzy oddzielne wywyższenia, z których dwa mniejsze od dołu, a jedno większe od góry było położone. Skóra pokrywająca guz przedstawiała w ogóle odblask różowawy przy podstawie — na najwyższéj zaś części dają się widzieć zafarbowanie marmurkowate, blado-sinego koloru, błyszczące. Sinawe te plamy, będące następstwem silnego rozciągnięcia skóry, już w części pozbawione nadskórka, były niczém inném jak rozpoczynającym się procesem zgorzelinowym. Konsystencja guza twarda, chełbotania właściwego nie było, lecz pewnego rodzaju odporność przy nacisku na guz czuć się dawała.—Cała podstawa guza twarda i gruzłowata, co dowodzi znacznéj ilości przerosłéj i stwardniałéj sieci. Chora uskarża się na ciągłe mdłości i często, co $^1/_2$ godziny, a nawet częściéj, powtarzające się płynne, żółciowe wymioty. Stolec zaparty zupełnie i pomimo podanego jéj w oddziale wewnętrznym środka rozwalniającego (ol. ricini unc. 1) stolców nie bylo zupełnie. Puls słaby, drobny, głos chrypliwy lecz nie cichy zupełnie, jak to bywa przy zgorzeli kiszek; temperatura tułowia zaledwie cokolwiek podniesiona,—temperatura kończyn normalna.

Wzrost mały, odżywianie kończyn bardzo słabe, brzuch i twarz więcéj obrzmiałe jak odżywione;—kolor skóry brudno ziemisty, w niektórych miejscach, jak w okolicy składek pachwinowych, prawie czarny; suchość wielka skóry.

Z obrazu tego chorobnego nie trudno nam było wywnioskować, że mamy do czynienia z zaciśnięciem przepukliny pępkowéj i to z zaciśnięciem prostém t. j. powodowaném przez wejście większéj ilości trzewiów, a mianowicie kiszek, do worka przepuklinowego, nie zaś z zaciśnięciem zapalném. Ułożywszy chorą na stole operacyjnym, przystąpiliśmy do odprowadzenia przepukliny, lecz pomimo wszelkie nasze usiłowania, jako to: użycie rąk pomocników do unieruchomienia podstawy przepukliny, pociągając takową ku górze i operując w tak wysoko uniesionéj przepuklinie, oprócz powiększenia bolu i wywołania wymiotów, innego skutku osiągnąć nie byliśmy w stanie. Po półgodzinnych usiłowaniach, widząc że naprężenie przepukliny nie zmniejsza się, przystąpiliśmy do operacji któréj wykonanie zasługuje na szczegółowy opis.

W kierunku linnji pośrodkowéj, wzdłuż całego guza, przeprowadziłem

cięcie, pozostawiając pępek po stronie prawéj. Cięcie to, będące zupełnie prawie prostém, przeszło przez skórę i tkankę podskórną, otworzywszy na samym wierzchołku worek przepuklinowy tak szczelnie ze skórą zrośnięty, że stanowił z nią jednolitą warstwę. Wprowadziwszy sondę żłobkowaną przez ten otwór do wnętrza jamy przepuklinowéj, rozszerzyłem cięcie worka aż do punktów rozpoczętego cięcia skórnego, tak ku górze jak i ku dołowi. Wtenczas przedstawiła się nam sieć, licznemi, powrózkowatemi, krzyżującemi się z sobą zrostami, zlepiona z wewnętrzną powierzchnią worka przepuklinowego. Niektóre z tych zrostów były zupełnie białe i nie przedstawiały żadnego rozwinięcia naczyń, inne zaś przedstawiały silnie rozwinięte naczynia.

Oznaczywszy za pomocą wymacania miejsce, gdzie mogła znajdować się pętlica kiszkowa, co zresztą nie było trudnem, gdyż miejsce to przedstawiało się wynioślejszém i więcéj naprężoném, sieć po nad takowem rozerwałem za pomocą pincety, obrawszy dla rozerwania jéj punkt gdzie najmniéj było naczyń. Przyczem wypada mi nadmienić, iż sieć w tém miejscu była sinawego koloru i jakby już przechodząca w zgorzel. Kiszka którą odkryliśmy przedstawiała nam pętlicę około 5 cali długą, silnie nastrzykniętą i sinawo-czerwonej barwy.

Pociągając za pętlicę kiszkową, przekonać się można było, jak silnie ujętą jest w otworze pępkowymi w wyściełającéj otwór pępkowy sieci. Pragnąc uniknąć poranienia naczyń sieci, przy rozszerzeniu kółka uciskającego, oddzieliłem sieć od worka przepuklinowego w dolnym końcu rany i przeprowadziwszy palec a po palcu nożyk przepuklinowy, rozszerzyłem kółko pępkowe ku dołowi. Następnie sieć rozszerzyłem, wkładając palec wskaziciel między nią a kiszkę do jamy otrzewnéj. Po usunięciu kiszek, które przedstawiały jeszcze dużo żywotności, wnętrze worka przepuklinowego przedstawiło się nam jako lejkowate zagłębienie okrągłym otworem zakończone, prowadzącym do jamy brzucha, wysłane silnie z sciankami jéj zrośniętą siecią. Wtenczas przez sam środek otworu przepuklinowego przeprowadziłem, za pośrednictwem zwykłéj okrągłéj lecz długiéj igły, podobnéj do igieł używanych przez *Koeberl'ego* przy owariotomii, podwójnie złożoną nitkę; szew ten wchodził w ściany brzucha, na 1 cal od podstawy brzucha i w takiem samém oddaleniu wychodził. Dwa podobne szwy przeprowadzone były na wysokości dolnego i górnego obwodu kółka przepuklinowego. Na każdy z tych szwów były założone oddzielne wałeczki z kateteru elastycznego, a to dla tego, ażeby o ile można nie utrudniać cyrkulacji skórnéj, w części do pewnego stopnia już w swém odżywianiu upośledzonéj.

Po dostatecznie silném zaciśnięciu szwów, można było przekonać się, iż cały guz został uniesionym ku górze i jakby uszypułkowanym. Brzegi cięcia samego łatwo się zeszły na linji pośrodkowéj; nałożono kilka szwów węzełkowych, nie tyle w nadziei udania się zrośnięcia bezpośredniego, ile w celu zasłonięcia spoczywającéj w worku przepuklinowym sieci od działania bodźców zewnętrznych. Całą przepuklinę następnie pokryto grubą warstwą skubanki i nałożono szeroką kolistą opaskę brzucha.

Pierwszym bezpośrednim skutkiem takiego postępowania było to, że chora mogła podnieść się swobodnie dla przemiany bielizny — bez najmniejszéj zmiany w saméj przepuklinie; — zalecono jej lawatywy zwyczajne, dwie w odstępie 3 godzinnym i wewnątrz dużą dawkę kalomelu, t. j. 2 gr. na jednę wziątkę;—wzięła takich cztery.

Wieczorem, w 8 godzin po operacji, znalazłem chorą spokojną, brzuch znacznie opadł, język wilgotny, temperatura trochę podniesiona, około 38,5°. puls więcéj rozwinięty, 96 na minutę. — Swobodnie mogła poruszać się bez żadnego wpływu na samą przepuklinę — i przy kaszlu tylko silniejszym widzieć można było unoszącą się przednią ścianę jamy brzusznéj, a razem z nią przepuklinę. Chora uczuwała lekki ból.

Dnia następnego t. j. 20 Grudnia, chora przedstawiała stan bezgorączkowy, w nocy były 4 obfite stolce, ostatni z pieczeniem w otworze stolcowym i z pewnego rodzaju lekkiem wydymaniem. Na stolec swobodnie i bezboleśnie się unosiła,—kaszel był silniejszy cokolwiek i silniejsze bóle w przepuklinie przy kaszlu. Przy wysłuchiwaniu prawéj strony klatki piersiowéj, niewielkie zaostrzenie oddechu, oprócz ogólnych rzężeń pochodzących skutkiem chronicznego nieżytu oskrzelowego. Zalecono choréj ½ grana makowca w dwóch dawkach.

Dnia 21 Grudnia brzegi rany znaleźliśmy zasinione silnie i obok szwów brudno sinawym płynem wypełnione pęcherze. Stan ogólny choréj bardzo dobry—gorączki żadnéj, stolce dwa wolne, sen spokojny, kaszel mniejszy, bolesności w brzuchu nie ma zupełnie, ani przy kaszlu ani przy przyciskaniu. Guz tylko sam napięty i w dotknięciu bolesny. Po zdjęciu szwów powierzchownych, rozeszły się zaraz brzegi rany, wyciekło około 1½ uncji płynu szarawego koloru, zmieszanego z kroplami płynu i tłuszczu mocno cuchnącego. Część sieci przeszła w zgorzel i przedstawia się jako niekształtna massa, przy nacisku wydzielająca brudno szarawy cuchnący płyn. Ranę przestrzykano słabym roztworem chlorku wapna, opatrzono suchą skubanką, na wierzch przyłożono watę—i opaskę kolistą.

Dnia 22 i 23 Grudnia ten sam stan bezgorączkowy—guz zmniejsza się w swéj objętości i twardnieje — część sieci oddziela się i tylko na niewielkiéj przestrzeni się trzyma. Brodawkowanie reszty rany posuwa się dosyć szybko. Skóra na guzie przy brzegach rany na szerokość ½ cala ze strony prawéj przechodzi w zgorzel i oddziela się linją demarkacyjną.

Dnia 24, 25, 26 stan ogólny bardzo dobry, chora porusza się w łóżku bez najmniejszéj obawy wywołania bólu, siada, przechodzi na drugie łóżko dla przesłania. W miejscu gdzie nitki szwu wałeczkowatego wchodzą w skórę, rozpoczyna się owrzodzenie i wydzielanie dosyć znaczne ropy z tkanki podskórnéj, sieć zgangrenowana oddzieliła się zupełnie, rana pokryta brodawkowaniem. Guz zmniejszył się aż do połowy swéj pierwotnéj objętości. Z obawy podrażnienia otrzewnéj, posuwającem się w głąb, wzdłuż szwów, ropieniem, i uważając zrosty otrzewnéj za dostateczne, szwy wałeczkowe

wydobyłem. 27-go rana wypełnia się, brodawkowanie dobre, guz po wyjęciu szwów rozpłaszczył się i zmalał znacznie. Stan ogólny choréj dobry.

2 Stycznia. Chora prawie zabliznioną przedstawia ranę pooperacyjną, guz nie jest większym nad orzech włoski, twardy,—tak przy ruchach jak kaszlu i nadymaniu się nic nie wchodzi do wnętrza guza.

W końcu Lutego 1868 r., chora, z zupełnie zabliźnioną raną pooperacyjną, stwardniałym guziczkiem, wielkości orzecha włoskiego, w miejscu otworu pępkowego, i przy bardzo dobrym stanie ogólnym, szpital opuściła.

W 8 miesięcy późniéj, to jest w końcu Października, widziałem chorą przybyłą do szpitala do oddziału wewnętrznego, z powodu ogólnego opuchnięcia (anasarca), prawdobnie cierpieniem nerek spowodowanego; przepuklina pępkowa exystowała, była wielkości orzecha włoskiego, lecz w miejsce twardego guza, który był w chwili wypisywania choréj ze szpitala, obecnie była to mięsna przepuklina o cienkich bardzo ścianach, z zawartością kiszkową, łatwo usuwającą się. Najwidoczniéj w ciągu tych 8 miesięcy, sieć stwardniała i wypełniająca worek przepuklinowy, przeszła w zanik, blizna skutkiem zlepnego zapalenia otrzewnéj uformowana, pod naciskiem trzewiów ustępowała, wpukliła się i nakoniec uformowała się przepuklina, któréj workiem jest w części rozciągnięta blizna, w części zaś prawdopodobnie wpuklona część przyległéj kółku przepuklinowemu otrzewnéj.

Obserwacja ta jest ciekawą z dwóch względów: najprzód jako przedstawiająca modyfikację nową, sposobu operacyjnego przepuklin pępkowych, dotychczas nieużywaną w nauce, modyfikację wywołaną okolicznościami w jakich stan miejscowy saméj przepukliny postawił chirurga; powtóre: jako dowodząca że jednym z najlepszych sposobów zabezpieczenia od wlewania się sekrecji rany do jamy otrzewnej, jest wywołanie zlejnego zapalenia otrzewnéj, którém chirurgja w tak wielu razach i z tak pomyślnémi rezultatami się posługuje, jak w enterotomii, przy otwieraniu ropni lub torbieli rozwijających się w organach wewnętrznych, a szczególnie w wątrobie. Na szczególną uwagę zasługuje łagodność objawów występujących w dniach pooperacyjnych, u naszéj choréj, łatwość jaką chora mogła zmieniać pozycje w pierwszych już dniach po operacji; nakoniec, brak zupełny oznak zapalnych w jamie brzusznéj przypisać potrzeba, w części dobremu stosunkowo stanowi zawartych w przepuklinie kiszek, w części zaś zlepnemu zapaleniu, a szczelnie w tym przypadku zamykającemu otwór prowadzący do jamy brzusznéj.

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

Czwarty Tom czasopisma p. t. **Deutsches Archiv für Klinische Medicin.** Prace **Jurgensen'a, Liebermeister'a i Trautvetter'a.**

Spraw. Markiewicz.

Jurgensen w dalszym ciągu swych **studjów teoretycznych** odnoszących się **do leczenia chorób gorączkowych zimną wodą** przechodzi do badania wpływu kąpieli na ciepłotę ciała zdrowego człowieka, (patrz *Klinika* Nr. 22 Tom 2.). Ponieważ jednak badań

tych bynajmniéj za skończone uważać nie można, ponieważ nadto z gruntu stara się podkopać dotychczasową teorję *Liebermeister'a* o sposobie działania kąpieli, zatem uważamy za stosowne sprawozdanie z téj nader ciekawéj i budującéj swą dokładnością pracy autora, odłożyć do czasu późniejszego. Tu tylko słów kilka o sposobie eksperymentacji autora. Indywidua użyte do eksperymentu pozostawały w wodzie, mającéj temperaturę 7-o—30-o C., w postawie á la vache, tak, że temperaturę ich ciała oceniać było można na termometrze wprowadzonym do kiszki odchodowéj. Zdania ostateczne do których autor przychodzi są następujące: 1^0 Najwyższy stopień ochłodzenia sprowadzonego przez zimną kąpiel przychodzi nie podczas saméj kąpieli a dopiero w niejakim czasie po niéj. 2^0 W kąpieli 30^0 C. temperatura w kiszce odbytowéj podczas kąpieli się wznosi—po kąpieli zaś spada, ale znacznie mniéj niż po kąpielach 9^0—11^0 C. 3^0 Nie można powiedzieć z pewnością, jak się rzecz ma z produkcją ciepła zwierzęcego podczas i po kąpieli temperatury niższéj od temperatury ciała. Stale znajdowane podnoszenie się temperatury ciała, w czasie kiedy już po kąpieli ciało wróciło do temperatury normalnéj, położyć można jedynie na karb zwiększonéj produkcji ciepła. 4^0 Regulatorem chroniącym organizm od wpływu niższéj i wyższéj temperatury są przedewszystkiem kurczliwe naczynia krwionośne; dopiero po długo trwającém ochładzaniu produkcja ciepła w organizmie wyraźnéj ulega zmianie. 5^0 Wpływ typowych zmian temperatury dziennéj we wszystkich eksperymentach wyraźnie występuje. Wszystkie te wnioski dotyczą jedynie wpływu kąpieli na *ludzi zdrowych.*

— Bardzo ważną pod względem praktycznym jest praca **Liebermeister'a o leczeniu tyfusu brzusznego** (*Bericht über die Resultate der Behandlung des Abdominaltyphus im Spital zu Basel*) podczas epidemji téj choroby trwającéj w Bazylei przez lat 2, a mianowicie od roku 1865—1867. Autor, z porównania śmiertelności z tych dwóch lat z śmiertelnością przy tyfusie w latach porzednich, przychodzi do wniosku, że leczenie i bardziéj czynna interwencja lekarska daje przy tyfusie brzusznym, lepsze rezultata aniżeli panująca jeszcze ogólnie metoda wyczekująca. Śmiertelność z tyfusu w szpitalu Bazylejskim wynosiła od roku 1843—1864 średnio 27,3% a w żadnym roku nie była niższą jak 24%, co autor objaśnia szczególną złośliwością tyfusu panującego w Bazylei. Do obserwacji i obliczeń samego autora z dwóch lat ostatnich posłużyło 1178 przypadków, z których zmarło 163 a więc 13,8%;—po odtrąceniu lekkich przypadków śmiertelność była 17,6%. Ponieważ zaś epidemja niemniej była złośliwąjak dawniejsze, zatem tęznacznie mniejszą śmiertelność położyć można jedynie na karb leczenia, gdyż warunki pomieszczenia chorych w szpitalu, wskutek nadmiernego ich natłoku, nietylko sprzyjającemi nie były, ale przeciwnie jak najgorszemi je nazwać można.

Wszystkie obserwowane przypadki podzielić się dają pod względem leczenia na dwie grupy. Do pierwszéj należy 839 chorych ze śmiertelnością 15,5% których leczono ochładzaniem za pomocą kąpieli, ale bardzo rzadko, zwykle tylko wieczorem używanych i mających temperaturę 20^0—24^0 R. Działo się to jeszcze przed ogłoszeniem pracy *Jurgensen'a* o leczeniu tyfusu ochładzaniem kąpielami zimnemi i częstemi, któréj to metody użył autor w drugiéj grupie swych chorych do których należy 339 ze śmiertelnością 9,7%.

U chorych pierwszéj grupy, u których ochłodzenia tak rzadkie żadnego niemal wpływu na przebieg choroby wywrzeć nie mogły, najlepiéj daje się ocenić działanie innych wewnętrznie używanych środków lekarskich, na czele których stoi *chinina* (patrz *Klinikę* Nr. 2 —Tom 2.). Tu autor powtarza znane już zalecenie dawania niewielu ale dużych dawek chininy i powtarzania ich w razie trwającéj gorączki co czas jakiś (skrupuł do pół drachmy wyżyć w ciągu 2 godzin i powtórzyć nie prędzéj jak w 36 godzin). (Pragnę, aby każdy z kolegów miał sposobność tak oczywiście stwierdzić całą doniosłość téj rady *Liebermeistr'a* jak się to mnie po razy już kilka udało— przyp. ref.). Zgodnie z radą *Wunderlich'a* autor używał w dość znacznéj liczbie przypadków *digitalis* i to z pomyślnym skutkiem; jednakże sądzi, że duże dawki chininy działają lepiéj. Chinina podawana razem z digitalis nie przyniosła oczekiwanych skutków. Za bardzo pewny i nieraz niezawodnie pożyteczny środek przeciwgorączkowy podaje autor *weratrynę*. Chorzy używali ją w pigułkach co godzina $^1/_{12}$ grana dopóty, dopóki nie przychodziło nudzenie lub wymioty, co zwykle następowało po 4

lub 6 dawce; towarzyszący tym objawom collapsus nigdy zbytecznie groźnym nie był, jednakże nie radzi autor używać środka tego u chorych będących już w stanie astenji, a zaleca go szczególniéj tam, gdzie chinina nie skutkuje. Po rozebraniu powyższych trzech środków przeciwgorączkowych, autor przechodzi do środków, które niby specyficznie działać mają przy tyfusie i opisuje zajmujące swoje próby kliniczne z *kalomelem* i *jodem*, które jakoby ów specyficzny wpływ wywierać miały. Przez pewien czas wszyscy chorzy pierwszéj grupy leczeni byli kalomelem albo jodem. *Kalomel* dawany był w dozie 10 gran, niekiedy raz tylko, czasami po kilka aż do 6 takich dawek. Początkowe powiększenie się rozwolnienia miarkowało się przy dalszych dawkach. Najczęsciéj, ale nie zawsze, po jednéj już dawce następowało wyraźne zmniejszenie się gorączki. Cierpienia jamy ust były rzadkie i nigdy znaczne. *Jod* (Jodi gran 6; Kalii hydroj. gran 12; Aq. dest drachma 1. —Co 2 godziny 3 do 4 kropli w szklance wody) zwykle nie wywoływał pogorszenia w stanie kiszek ale i w ogólnosci użycie jodu nie sprowadzało żadnych następstw, któreby przemawiały za działaniem jego w którymbądź kierunku. U chorych pierwszéj grupy, leczonych bez jodu i bez kalomelu, śmiertelność wynosiła 18,3%; u chorych téjże grupy używających kalomelu śmiertelność wynosiła 11,7%; u takich że chorych używających jodu śmiertelnosć wynosiła 14,6%. Ta znaczna różnica w śmiertelności, przemawiająca szczególniéj na korzyść kalomelu, nie ulega zmianie, chociaż autor dokonywał obliczenie i po wyrzuceniu wszystkich lekkich przypadków téj grupy i po wykluczeniu tych wszystkich, które zakończyły się śmiercią w pierwszych 6 dniach po rozpoczęciu leczenia. Okazuje się nadto z porównania przebiegu choroby w pojedynczych przypadkach, iż do grupy przypadków leczonych kalomelem należy najwięcéj z przebiegiem lekkim i średniego natężenia, co bynajmniéj zdaniem autora nie każe wnioskować, by otrzymane nizkie cyfry śmiertelności w téj grupie względną tylko wartość miały, ale raczéj dowodzi, że użycie jednéj lub kilku dużych dawek kalomelu w początku leczenia wpływa na zmniejszenie natężenia w całym przebiegu choroby, na przyspieszenie wyzdrowienia. Dla ostatecznego przekonania się o tem, autor porównawczo zestawił po 50 przypadków z każdego z trzech powyższych działów, których zejście było wszędzie pomyślne a które w początku do wysokiego stopnia natężenia dochodziły a w szczególności przedstawiały temperaturę wyżéj 40^0 C. Otóż z takich 50 przypadków, leczonych bez jodu i bez kalomelu, 4 tylko przeszło w stały stan bezgorączkowy przed 11 dniem od chwili wejścia do szpitala; z 50 chorych leczonych jodem 5-u, a z leczonych kalomelem 9 w tymże czasie straciło zupełnie gorączkę. Szybkość przebiegu i pomyślnego zejścia w przypadkach leczonych kalomelem stoi w stosunku prostym do liczby użytych dawek tego środka. Im dawek więcéj tem więcej wypadków wcześnie przechodzących w stan bezgorączkowy. I śmiertelność była znacznie mniejsza w tych przypadkach, w których użyto trzy lub więcéj 10 granowych dawek kalomelu (7,9%) w porównanin ze śmiertelnością przypadków, w których nie więcéj nad 2 takie dawki podane były (14,2%. Autor nie chce jeszcze stanowczo wyrzeć, czy to niewątpliwie pomyślne działanie kalomelu przy tyfusie odnieść wypada do jego skutków wypróżniających, czy też do jakiegoś specyficznego wpływu.

Co się tyczy jodu—autor nie widzi by takowy wpływał na skrócenie przebiegu tyfusu. Pomyślnego jednak wpływu na przebieg choroby, sądząc z otrzymanych cyfr śmiertelności, odmówić mu nie można.

Przechodząc do *drugiéj grupy* chorych leczónych częstemi chłodnemi kąpielami, autor nie wątpi, że takowe najskuteczniejszym są środkiem przy leczeniu tyfusu i najbardziéj na zmniejszenie śmiertelności wpływają. Jednakże uważa za stosowne łączyć je i z innemi środkami wewnętrznemi, a mianowicie z kalomelem. Z 43 przypadków tak leczonych, 1 tylko zakończył się śmiercią. Śmiertelność chorych téj grupy, chociaż znacznie mniejsza od śmiertelności pierwszéj grupy (patrz wyżéj) jednakże nie jest tak małą jak ją *Jurgensen* u swoich chorych podaje (2,4%), gdyż wynosi 9,7%, a po odtrąceniu lekkich przypadków 11,5%. Autor przypisuje to złośliwości tyfusu w Bazylei. Zawsze jednak śmiertelność ta więcéj niż o połowę jest mniejszą od owéj, która była przed używaniem jakichbądź środków ochładzających w steifyu.

Kąpiele dawane były wtedy tylko kiedy temperatura przechodziła 39^0 C. a natężenie

gorączki mimo używanéj chininy było w wielu wypadkach tak znaczne, że jednemu i temuż samemu choremu wypadło w przebiegu choroby dać 100 do 200 kąpieli i 12 do 14 dawek chininy. Autor, uznając najzupełniéj skuteczność kąpieli chłodnych, wspomina jednak o wypadkach zakończonych mimo środka tego śmiercią i to nie w skutek jakiegoś powikłania, a jedynie w skutek nadmiernie podniesionéj i niedającéj się zniżyć temperatury. Autor mniema, że w tych przypadkach należy się uciekać do jeszcze zimniejszych kąpieli, zgodnie z zaleceniem *Jurgensen'a* i w ogóle radzi autor używanie o ile możności chłodnych kąpieli (16° R.), przyczem nie należy zaniedbywać podawania kalomelu. Im wcześniéj metoda ochładzająca jest użytą, tem śmiertelność jest mniejszą. Najskuteczniéj ochładzająco działają kąpiele całego ciała, temperatury 16° R., w których chory pozostaje przez 10—15 minut. Dla chorych wrażliwszych zalecają się kąpiele cieplejsze, stopniowo ochładzane aż do 16° R. lub też pozostawanie w kąpieli chłodnéj tylko przez 5 minut. Zimne zlewania nie działają przeciwgorączkowo. Zimne *Priessnitzowskie* obwijania po 10 do 20 minut trwające i 3 do 6 razy raz po razu powtarzane najmniéj są przykre i męczące. Działanie 4 takich raz po raz zrobionych obwijań równa się co do swéj skuteczności jednéj całéj kąpieli, w wodzie 16° R. trwającéj minut 10.

Trautvetter stara się na drodze eksperymentu rozwiązać pytanie **jak daleko dojść może w kiszkach płyn wstrzykiwany per anum?** (*Wie weit können flüssigkeiten in den Darmkanal per anum hinaufgespritzt werden?*). Eksperymenta dokonywał autor na trupach, na zwierzętach i na jednéj osobie podczas konania. Używał do wstrzykiwania stężonego roztworu *ferro—kalicyanati flavi* a następnie, po przecięciu przewodu kiszkowego, polewając błonę śluzową kiszek roztworem *ferri sesquichlorati* otrzymywał ciemno niebieskie zabarwienie na takiéj przestrzeni, na jakiéj błona śluzowa oblaną została wstrzykniętym przez odbyt płynem. We wszystkich eksperymentach robił wstrzykiwania przy pomocy pompki i zawsze wprowadzał do kiszki długą rurkę odbytową (Afterrohr), mającą około 50 Cmt. długości i odpowiednio skrzywioną; wprowadzał ją za pomocą drutu stosownie skrzywionego jak przy kateterach elastycznych. Prócz zwężeń i nagromadzenia kału, które wstrzykiwaniom stanąć mogą na przeszkodzie, autor sądzi, że bardzo częstym powodem niedojścia wstrzykiwanego płynu do kiszek, jest kurczowy stan trzeciego zwieracza (około 12 Cmt. powyżéj otworu odbytowego) i dla tego sądzi, że używanie długiéj rurki odbytowéj jest koniecznem. Ostatecznie autor przychodzi do wniosku, że płyn per anum wstrzykiwany nie może przejść po za zastawkę *Bauhin'a*.

Z dwóch wielkiéj wagi prac **Erb'a** i **Ziemssen'a** o *elektro-patologji* i *elektro-therapji porażeń obwodowych* znajdą czytelnicy referat obszerniejszy w jednym z następnych zeszytów „Dodatków do Kliniki."

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich francuzkich w m. Styczniu.

Sprawozdawca **Gustaw Lewandowski** z Radomia.

Dr. *Brown-Séquard* zakommunikował Akademji Lekarskiéj doświadczenia czynione przez niego nad świnkami morskiemi. Najprzód przypomniał doświadczenia, jakie robił przed 20-u laty. Przecinał jednę z bocznych części rdzenia pacierzowego na wysokości 10 kręgu grzbietowego. Zwierzęta poddane téj operacji w kilka tygodni dostawały napadów epileptycznych, które wywoływało lada zadrażnienie skóry twarzy lub szyi. Późniéj ataki występowały bez powodującéj przyczyny i zdarzały się kilka razy dziennie. Następne doświadczenia *Brown-Séquard* urozmaicił i przekonał się, że epilepsja mogła być wywołaną sztucznie przez przecięcie jednéj z połów rdzenia, nie tylko w okolicy 10-go kręgu grzbietowego, ale także wyżéj i bliżéj rdzenia przedłużonego. Po dwóch przecięciach, jedno poniżéj drugiego, występowały także drgawki mięśni, których nerwy wychodzą z części rdzenia ograniczonéj dwo-

ma przecięciami. Te nowe doświadczenia według p. *Br-S.* wskazują: że epilepsja ma swoje siedlisko w rdzeniu pacierzowym, górnéj jego części, mózg zaś nie ma brać żadnego udziału w jéj powstawaniu, o czém badacz ten przekonał się w następny sposób: Po przecięciu części rdzenia śwince wywołał epilepsję, a potem odjął mózg i móżdżek ze wszystkiemi ich częściami, oddychanie zaś utrzymywał sztucznie. Atak trwał ciagle pomimo odjęcia mózgowia. P odobne doświadczenia robione na innych zwierzętach dały wypadki ujemne, wyjąwszy k ota, który uległ także epilepsji. Podług *Br-S.* charakter wywołanych w ten sposób ataków jest czysto epileptyczny z trzema perjodami oddzielnemi, t. j. najprzód konwulsje toniczne, czyli tetaniczne, krótko trwałe, potem kloniczne, a następnie pewien rodzaj osłupienia intellektualnego, podobnego do głupowatości obserwowanéj u epileptyków po atakach. Świnki morskie, urodzone z matki która miewała ataki epileptyczne sztucznie wywołane, ulegały dziedzicznie takimże atakom, a okoliczność ta według *Br-S.* przemawia za tem, że przypadłości powyższe należą do prawdziwéj epilepsji.

Na drugiem posiedzeniu uczony ten przedstawił Akademji 4 świnki morskie z przeciętym przed dwoma miesiącami w jednéj bocznéj części rdzeniem pacierzowym. Jedna z nich miała przecięty rdzeń z obydwóch stron, nie na jednakiéj wysokości i dostawała ataków po uszczypnięciu skóry z którejkolwiek strony twarzy lub szyi, tam zaś, gdzie był rdzeń przecięty z jednéj strony, z téj tylko strony drażniona skóra powodowaał konwulsje.

Z tych doświadczeń, jako téż z obserwowanych przez niego 12-u przypadków epilepsji u ludzi, nastąpionéj w skutek uszkodzenia rdzenia pacierzowego, *Brown-Séquard* wnosi, że jeżeli rdzeń pacierzowy nie jest siedliskiem epilepsji, to w każdym razie pod wpływem jpewnych obrażeń ulega właściwym zmianom, które są przyczyną innych zaburzeń wywołupących fenomena epileptyczne. Podług D-ra *Chauffard* epilepsja sztucznie wywołana przez *Br-S.* wowiększa tylko liczbę takowych, występujących jako objaw zmian materjalnych zaszłych mózgowiu lub w rdzeniu pacierzowym, których nie trzeba mieszać z epilepsją prawdziwą, bez zmian materjalnych możliwych do ocenienia. Ostatnią przyjąć trzeba jako całość chorobną (*l'entité morbide*), która oprócz właściwych sobie charakterów, prowadzi w dalszym swoim przebiegu do degradacji fizycznéj, intellektualnéj i moralnéj, nawet w takich przypadkach, gdzie choroba składa się tylko z tak zwanych małych ataków, (*petites accés*) zawrotów epileptycznych bez objawów konwulsyjnych.

Dr. *Bertillon* odczytał Akademji Lekarskiéj uwagi swoje nad grzybami jadalnemi i jadowitemi. Wielkie pod tym względem panuje zamieszanie. Podług wielu autorów do bardzo jadowitych należą: *amanita vaginata* i *amanita rubescens*—i istotnie, zwierzęta którym je p. *B.* zadawał zdychały. Też same jednakże grzyby są jedzone w wielu miejscowościach, a nawet sprzedawane na targach publicznych. Także *agaricus nebularis* częsty w okolicach Paryża, wskazany jest przez profesorów: *Fries* ze Szwecji i *Sanguinetti* z Rzymu jako jadalny, przez p. *Cordier* zaś są uważane jako jadowite. W końcu *boletus luridus*, jeden z tych które zmieniają szybko kolor po rozłamaniu, jest ogólnie wymieniony przez autorów jako typ grzybów jadowitych, a jednakże włoski naturalista *Vittadini* zapewnia, że w okolicach Medjolanu wieśniacy zbierają go wraz z innemi z tegoż gatunku i zjadają bez niebezpieczeństwa. *Krombholz* zapewnia, że tenże *boletus luridus* sprzedają na targach w Wiedniu, lecz pod innem nazwiskiem. P. *Bertillon* chciał rozstrzygnąć te sprzeczności i w tym celu przedsiewziął szereg doświadczeń, zastrzykując sok wszystkich powyżéj wymienionych grzybów pod skórę zwierząt i wprowadzając do żołądka surowy lub gotowany. Przekonał się, że wszystkie wyżéj wymienione grzyby są jadowite, że chwilowe gotowanie osłabia własności ich trujące, długie zaś gotowanie zupełnie ten jad niszczy.

Towarzystwo Chirurgiczne Paryzkie, które w łonie swojém mieści wszystkie znakomitości utrzymujące sławę chirurgji francuzkiéj, odbiera sprawozdania z dokonanych operacji i wartość takowych ocenia. Do ciekawszych w tym względzie należy historja operowanego polipa noso-gardzielowego, przez D-ra *Louis Thomas* z Tours. Aby radykalnie uwolnić wieśniaka 16 lat wieku mającego od polipa noso-gardzielowego, mającego główne swoje

siedlisko w najwyższéj części jamy gardzielowéj, a z odnogami do policzka i prawdopodobnie do wnętrza zatoki szczękowéj, p. *L. T.* uznał, że wszelka operacja dla usunięcia tego guza drogami istniejącemi byłaby niedostateczną. Trzeba więc poświęcić szczękę górną, lecz rezekcja takowéj połączoną jest zawsze z pewnemi trudnościami. Wywołuje czasami znaczny krwotok i budzi obawę, aby krew nie dostała się do przewodów oddechowych, co stanowi nadzwyczajnie nieprzyjemną komplikację, a obawa takowéj robi niemożebném uśpienie chorego. Unikając tego p. *L. Thomas* zatamponował przed rozpoczęciem operacji tylny otwór jamy nosowéj ze strony choréj, tak jak to wykazał p. *Verneuil* w jednéj z prac swoich czytanych Akademji Lekarskiéj, że tamponowanie tylnych otworów jam nosowych w operacjach krwawych, dokonywanych na przednich częściach nosa, jamach nosowych, zatokach szczękowych i szczękach, zapobiega dostaniu się krwi do krtani. Tamponowanie to robi więc uśpienie możebnem podczas całéj operacji. Następnie p. *Thomas* oddzielił części miękkie i kość szczękową od góry i zewnątrz, nie przenikając do jamy ust. Przecięcie podniebienia zachował na ostatni moment, aby jama ust otwartą była w końcu operacji. Postępowanie to uwieńczone zostało najlepszym skutkiem, a chory wyegzaminowany, w kilka miesięcy po operacji nie przedstawia żadnéj obawy recydywy, jak to ma miejsce z polipami noso-gardzielowemi.

Dr. *Rouge* (z Lausanny) zakommunikował Towarzystwu Chirurgicznemu historję anewryzmatu tętnicy szyjowéj wspólnéj prawéj, wyleczonego przez nacisk pośredni i przerywany za pomocą palców. Ponieważ obserwacja ta jest autentyczności niewątpliwéj i przyczyni się do utrwalenia wartości nacisku palcami w leczeniu anewryzmatów tętnicy szyjowéj lub jéj rozgałęzień, z pośpiechem więc ją notujemy. Anewryzmat u mężczyzny 68 lat mającego, miał 12 centimetrów długości i 11 centim. szerokości, położonym był pod mięśniem sutko-mostkowym prawym i rozciągał się od dolnego brzegu chrząstki obrączkowéj aż do wierzchołka wyrostka sutkowego, największa jego objętość była na równi z kątem szczęki. Zastosowano nacisk palcami na część arterji poniżéj guza leżącą, z początku 7—8 godzin dziennie, a w miarę tego jak chory coraz lepiéj znosił takowy, przedłużano każde posiedzenie po 9 $^1/_2$ godzin. W 2-im zaraz dniu pulsacje stały się mniejsze, a w 7-ym dniu anewryzmat zmniejszył swoją objętość i mięsień sutko mostkowy przybrał kierunek normalny. Wkrótce pulsacje, ruchy rozciągliwe i podmuch zniknęły, i w 17-ym dniu od rozpoczęcia kuracji, można było uważać chorego za wyleczonego. Nacisk trwał 130 $^1/_2$ godzin. Dla radykalniejszéj kuracji naciskano jeszcze przez 24 dni, lecz tylko 1 $^1/_2$ godziny dziennie. Pan *Rouge* zwraca uwagę na kilka okoliczności odnoszących się do kuracji. Gdy idzie o wywarcie nacisku na tętnicę szyjową wspólną, najłatwiej tego dokonać, naciskając przednią powierzchnię tętnicy do wyrostka poprzecznego 6-go kręgu szyjowego. Lecz razem z tętnicą jest uciśnięty nerw pneumo-gastryczny, co sprawia choremu nadzwyczajny ból. Sposób ten więc nacisku pozostanie jako doskonały tylko w nagłych krwotokach naczyń głowy lub szyi, w anewryzmacie zaś najlepiéj naciskać boczne ściany tętnicy, umieszczając palec wielki pod brzegiem przednim m. sutko-mostkowego, trzy inne palce pod brzegiem tylnym tegoż muskułu, a w ten sposób tętnica jest niejako uchwycona w szczypczyki. Inna niedogodność jest w tem, że tętnica szyjowa na bardzo małéj tylko przestrzeni jest dostępną, naciskając więc ciągle w jedném miejscu, skóra ulega zadrażnieniu i tworzą się exkorjacje. Proszek licopodii, collodium złagodziły te przypadłości, tak, że można było kontynuować kurację. Przerwanie biegu krwi w tętnicy szyjowéj wspólnéj nie zdaje się sprowadzać przypadłości cięższych ze strony mózgowia, jak to obserwowano po podwiązaniu takowéj. Chory skarżył się tylko podczas kilku dni na ból głowy. Lecz wywarło ono inny szczególny skutek. Przy wejściu do szpitala chory miał w miejscu spojenia nosa z twarzą narośl brodawkowatą wielkości orzecha laskowego z mocno rozwiniętemi naczyniami i kataraktę podwójną niekompletną. Podczas nacisku na tętnicę szyjową narośl zwiędła, zgangrenowała i odpadła, pozostawiwszy w miejscu przyczepienia owrzodzenie, które było punktem wyjścia dla zapalenia różowego głowy, twarzy i szyi, katarakta zaś oka ze strony anewryzmatu szybsze daleko zrobiła postępy w swoim rozwoju. Dr. *Rouge* kończąc opis swojéj obserwacji, przypomina przypadki znane już w literaturze, w których nacisk palców użyty był przy ane-

wryzmatach tętnic szyi i głowy. Przypadków takich jest cztery. Pierwszy należy do D-ra *Gioppi* (z Padwy). Wyleczył kobietę lat 42 mającą z anewryzmatu tętnicy oczowéj lewéj, naciskając przez dni 4 tętnicę szyjową wspólną. W r. 1858 *Vanzetti* w ciągu 15 dni, naciskając 7 godzin dziennie, wyleczył chorą 49 lat mającą z anewryzmatu tętnicy oczowéj lewéj. W r. 1860 *Delore* probował nacisku w anewryzmacie tętnicy szyjowéj wspólnéj lewéj, który miał wielkość pomarańczy u mężczyzny 63 lat. Niepodobném było schwycić tętnicę po za mięśniem sutko-mostkowym, trzeba było naciskać tętnicę wprost do kolumny kręgowéj, lecz bóle były tak silne, że chory nie chciał kontynuować kuracji. W r. 1863 *Scheppard* otrzymał piękny rezultat po 5-ciu tygodniach nacisku w anewryzmacie tętnicy szyjowéj prawéj. Do tych czterech obserwacji dołączyć trzeba 5-tą zakommunikowaną Akad. Lekar. w r. 1864 przez p. *Legouest*, lecz w tym razie nacisk użyty do leczenia anewryzmatu tętnicy oczowéj nie doprowadził do dobrego rezultatu i dopiero po podwiązaniu tętnicy szyjowéj nastąpiło wyzdrowienie. W ogóle z 6-ciu chorych leczonych naciskiem palców, 4-ech uleczono. Pomimo małéj liczby przypadków, sposób ten powinien być postawionym na pierwszym planie w leczeniu anewryzmatów tętnicy szyjowéj i jéj rozgałęzień, bo nie wywołuje żadnych groźnych przypadłości, w razie zaś niepowodzenia, chirurg może zawsze uciec się do podwiązania, jeśli uzna to za stosowne.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy szpitalnych, Dr. *Blachez* przedstawił ulepszony sposób robienia thoracenthesis. Użyteczność takowéj w leczeniu wysięków opłucnéj, dzisiaj nie ulega już wątpliwości, a wskazania do niéj doskonale sformułowane. Jednakże operacja ta często bardzo robiona w szpitalach z wielką korzyścią dla chorych, bardzo jest rzadką w praktyce prywatnéj, już to z przyczyny przestrachu, jaki każda operacja wzbudza, już też z obawy bólu jakiego jest przyczyną. Wszystko co przyczynia się do zwalczenia obaw i uprzedzeń, a zmniejsza możliwość niebezpieczeństwa, winno być przychylnie przyjęte. Pan *Blachez* właśnie powziął myśl zrobienia téj operacji więcéj jeszcze prostą i niewinną, aby żadnego już zarzutu zrobić jéj nie było można. W tym celu używał do operacji trójgrańca prawie włoskowatego, używanego do exploracji, miejsce zaś samo przekłucia znieczulił za pomocą apparatu *Richardson'a*. Postępuje w ten sposób: wybiera miejsce do przekłucia i zaznacza atramentem. Na miejsce to przykłada szeroki kawałek plastru lepkiego z wyciętą dziurą odpowiadającą punktowi zaznaczonemu. Na to kładzie drugi i trzeci kawałek plastru z coraz większem wycięciem i bandaż około ciała, kompletują ten apparat protekcyjny. Potem kieruje strumień eteru na punkt skóry odkryty, a wystarcza zwykle 3—4 minut, aby znieczulenie było kompletne. Dalszy ciąg operacji dokonywa się sposobem zwyczajnym, tylko trójgraniec użyty winien być bardzo małego kalibru. Przy tak małym otworku płyn wypływa bardzo wolno, co podług Dr. *Blachez* wychodzi na korzyść chorego, bo nie dostaje napadów kaszlu, który towarzyszy zawsze ostatnim kroplom wypływającego płynu w skutek za nadto prędkiego rozszerzania się płuc poprzednio zgniecionych. Co do bólu przy wprowadzaniu trójgrańca, to według zeznania chorych, nie czuli go zupełnie. Aby przekonać o skuteczności i niewinności powyższéj operacji, p. *Blachez* przytoczył historję 7-u chorych w ten sposób uleczonych z wysięków w opłucnéj. Przykłady te wskazują wyższość thoracenthesis kapilarnéj nad zwyczajną, bo nie tylko, że zapobiega napadom kaszlu i nie robi żadnego bólu, ale także w razie błędów w diagnozie, o możliwości których pamiętać należy, nie przynosi szkody, jak to ma miejsce przy wprowadzaniu zwyczajnego trójgrańca do przerośniętéj wątroby lub zwątrobiałych płuc. Dodać należy, że operacja ta łatwo może być powtórzoną w razie potrzeby bez niebezpieczeństwa. Na zarzuty, że rurka tak małego kalibru łatwo może być zatkaną przez skrzepy i opóźnić wypróżnienie płynu, p. *Blachez* przeciwstawił 7 razy wykonaną operację, gdzie nic podobnego nie zaszło. Gdy jednakże mało mamy jeszcze takich przykładów, przyszłości i dalszéj obserwacji pozostawić należy orzeczenie o prawdziwéj wartości nowéj téj metody.

ODCINEK.

KORRESPONDENCJA KLINIKI.

Mszczonów 1869 roku.

Głównym zamiarem niniejszéj korrespondencji jest przedstawić czytelnikom nie dokładną obserwację, lecz tylko krótki obraz i wyprowadzone wnioski z panującéj w mieście tutejszém podczas gorących miesięcy ubiegłego lata, formy gorączki o ile mi wiadomo niezbyt u nas pospolitej t. j. *gorączki powrotnéj (febris recurrens)* ,tymbardziej że takowa pojawiła się kilkakrotnie i mamy ją znowu w roku ubiegłym.

Przedewszystkiem chociaż słów parę o mieście Mszczonowie powiedzieć mi wypada. Jest to obecnie miasto powiatowe (powiatu Grodiskiego) o 9 wiorst odległe od stacji kolei żelaznej Warsz. Wied. Rudy Guzowskiej, leży na uboczu, (ztąd też pozbawione jest wszelkiego ruchu handlowego), częścią na górze, częścią zaś znacznie niżej. Przez część miasta niżej leżącą przepływa dość szeroki kanał, który w gorące dnie lata (co i ubiegłego roku miało miejsce) wysycha, a części organiczne gnijąc, nieprzyjemnie oddziaływają na zmysł powonienia i wzroku.

Ogólna ludność mieszkańców wynosi około 5000, w tej liczbie żydów 2327; — małe handle i rzemiosła stanowią główne zajęcie mieszkańców. Największa z nich liczba trudni się profesją szewcką, jest ich 150, krawców 60, rzeźników 17, zdunów 16 i t. d.

Ubiegłe lato było suche i gorące; w początku jego obserwowaliśmy po większej części chroniczne katary kiszek u dzieci: — śmiertelność była dość znaczna, pomocy lekarskiéj szukano często dopiero w chwili konania, objaśniając iż mniemano że to *pewnie na ząbki;* liczby przypadków diarii trudnoby było zliczyć. Leczenie było różne: kalomel, dwuwęglan sody, rabarbar, makowiec, ipeka w słabym naparze, skutkowały czasowo — największą oddawał usługę *saletran bizmutu,* w dużych dawkach (jak wielkich?? Prz. Red.) tak do wewnątrz jako i w lawatywach. Za to zmiana dyjety, zmiana mamki, podawanie pokarmu w małych a częstych ilościach, a szczególniej mięso surowe drobno skrobane, mocne buljony, extrakt mięsny *Liebig'a* i kąpiele odżywiające, w zastarzałych przypadkach znakomite oddawały usługi, przywracając niemowlętom cerę, tuszę, humor i siły, robiąc z tych młodych nieprzyjemnych starców znowu miłe dzieciny [1]).

Gdy największe diarje panowały u dzieci, to u dorosłych dwóch izraelitów obserwowałem cholerynę, którą podczas epidemji śmiało za cholerę azyatycką uważaćby można; nie brakowało żadnego z jej objawów. Obaj przyszli do zdrowia.

Teraz przystępuję do głównego przedmiotu mej korrespondencji, do gorączki powrotnej (*febris recurrens*), jaka roku zeszłego w miesiącach: Lipcu, Sierpniu, Wrześniu i w początkach roku bieżącego epidemicznie tutaj występowała.

Pierwszych przypadków tej gorączki nie zdołałem rozpoznać, sądziłem że mam do czynienia z gorączką gastryczną lub durzycową (*febris gastrica, typhoidea*), dalsza obserwacja w parę dni naturę choroby rozjaśniła.

Gorączka ta w ciągu wspomnianych trzech miesięcy, dotknęła znaczną

---

[1]) Dziewczynka dwuletnia, wyniszczona do maximum diarią, a stąd odrażającej postaci, po odrzuceniu wszelkich środkow farmaceutycznych, poczęła używać mięsa surowego i kąpieli odżywiających, zjadała dziennie około funta surowego mięsa—szybko zdrowie i siły odzyskała.

liczbę tutejszéj ludności, prawie najbiedniejszych izraelitów (chrześcijanie rzadko tu używają lekarza, a ztąd i brak o nich wiadomości). Mieliśmy tu około 150 przypadków tej gorączki, bo było nawet kilka miejsc takich gdzie całe familje złożone z 6 lub 7 członków rodziny, jednocześnie jej podlegały.

Otóż z tak znacznéj liczby przypadków zanotowałem

1) Gorączce powrotnej podlegają ludzie każdego wieku, zarówno starcy jak i dzieci (różnica od tyfusu), zarówno męzczyzni jak i kobiety.

2) Podlegają jej prawie wyłącznie ludzie biedni, pozostający w złych warunkach hygienicznych, a szczególniej przebywający w mieszkaniach zbyt zaludnionych.

3) Ponieważ obserwowane przypadki zdarzały się szczególniej po obu stronach wspomnianego przeżynającego miasto kanału, a znacznie wyschniętego i skutkiem gnicia materji organicznych zanieczyszczającego powietrze, to i przyczyny téj gorączki w gniciu materji organicznych szukać należy.

4) Gdy w mieszkaniu mieszczącem kilka osób jedna zachorowała, wnet podlegali jej inni (wspomniałem wyżej że widziałem 7 osób jednocześnie, w jedném mieszkaniu, dotkniętych tą gorączką).

5) Objawy chorobne w następny sposób zestawić można:

Bez żadnej przyczyny (zjedzenia trudno strawnych pokarmów, zaziębienia) powstaje silny i dość długo trwający dreszcz, poczem silny ból głowy (chory głową poruszyć się boi) szczególniej w czole, uczucie gorąca, czasem womity żółciowe lub niestrawionych pokarmów; — na drugi już dzień przychodzi gorączka bardzo silna + 39° C — + 40° C, puls 120 do 140 na minutę, szum w uszach, zawrót głowy, osłabienie znaczne; — język staje się bardzo suchy, jak skóra, popękany, białym nabiegiem pokryty, — pragnienie znaczne, szczególniej chęć do kwasów, apetytu żadnego, bicie serca zwolnione, a w okolicy żołądka ból bardzo żywy, objawiający się przy najmniejszym nacisku, co uważałbym nawet za dość charakterystyczny objaw tej choroby; — brzuch czasami wzdęty; śledziona powiększona, znaczne bóle stawów i mięśni, petocie wielkości siemienia lnianego prawie na całem ciele występują, niemal zawsze u starców i ludzi źle odżywionych; — ze strony przewodu pokarmowego, prócz opisanych objawów, występuje po większej części zatrzymanie stolca; rozwolnienie wyjątkowo spotykałem.

Taki obraz choroby przerywany tylko bezsennością i majaczeniem trwa 5 do 9 dni,—nareszcie opisane objawy dochodzą maximum, skóra staje się pałającą, (41° + C.) puls bardzo częsty, mały, chorych ogarnia niespokojność, bredzą, rzucają się na pościeli, aż w końcu ciało ich zlewa pot obfity, temperatura staje się normalną, tętno czasami niżej normalnego, język wilgotny i chorzy bardzo osłabieni spokojnie leżą, żądając posiłku. — We 2 do 3 dni napowrót dreszcz przychodzi, ból głowy, gorączka i wszystkie wyżej opisane objawy,— atak ten gorączkowy trwa jednak daleko krócej, bo już najczęściej 3 dnia znów pot przychodzi i na tem po większej części jest koniec choroby, po której chorzy przy stosownej dyjecie do zdrowia i straconych sił przychodzą,—w wielu jednak przypadkach atak gorączkowy po raz trzeci się powtórzył.

6) Ile razy gorączka powrotna dotknęła kobietę ciężarną, w którym—kolwiek miesiącu ciąży, kobieta ta roniła bez złych skutków dla siebie, lecz często z smiercią dziecięcia; jedno dziecię urodzone tym sposobem w 8-ym miesiącu ciąży, urodziło się żywe, dotknięte było żółtaczką, zmarło po dwóch dniach życia, a u matki tegoż dziecięcia, po potach, przy temperaturze normalnej, pulsie niżej normalnego, powstała manja, trzy dni trwająca, — podobneż zejście choroby miało miejsce u kobiety już w późnym wieku, obie przyszły do zupełnego zdrowia;—objawy te mózgowe pewnej intoksykacji mózgu przy-

pisać należy. — Poronień tym sposobem doszłych do skutku mieliśmy przeszło 10 przypadków.

7) Ukończenie się gorączki powrotnéj było zawsze pomyślne; u osób dorosłych nie mieliśmy ani jednego przypadku śmierci — u jednej kobiety wraz z potami wystąpił grożący życiu krwotok z nosa, który wszakże pokonać mi się udało; — podczas potów i po ich ustaniu kobieta ta pozostawała jeszcze 2 dni w zupełnéj bezprzytomności.

8) Najsroższa dyjeta i właściwe środki lekarskie (*china*) nie powstrzymywały 2-go ataku gorączkowego.

9) Leczenie było symptomatyczne: w początku choroby, domyślając się obecności w żołądku niestrawionych pokarmów, dawałem vomitorium—przy konstypacji ol. ricini, dec. tamarindorum—później saturację ex natro bicarbonico lub kali carbonico; solutio natri bicarbonici. — Przy zbyt suchym języku kalomel w małych dawkach naprzemian z emulsją (dobry skutek); przy bólu głowy zimne okłady, pijawki,—bóle stawów i mięśni znoszonemi były przez wycieranie octem aromatycznym, — przy wygórowanej gorączce chininum muriaticum, po 5 gr. p. d. trzy razy dziennie, w kilku przypadkach widocznie ją zmniejszyło. Dyjeta: rosół, klejek, mleko (dobrze znoszone).

Dla lekarza pomimo trzechmiesięcznego trwania tej gorączki, czas jednak obserwacji był daleko krótszy; publika żydowska nauczona licznemi przypadkami tej gorączki, doszła do przekonania, że choroba ta szczęśliwie się kończy bez udziału lekarza, a ztąd też niezawodnie połowa tych przypadków uszła naszej obserwacji.

Podczas panowania tej gorączki nie spotykaliśmy się z gorączkami tyfoidalnemi (feb. typhoidea) i tyfusami wysypkowemi (typhus petechialis), o ile mi wiadomo 3 tylko były przypadki tyfusu wysypkowego i to w klassie lepiej się mających, jednemu sam uległem, a jeden zakończył się śmiercią.

M. Bojasiński. (Lek. Pow. Grod.)

KRONIKA TYGODNIOWA.

— Słyszeliśmy, że tutejsi Farmaceuci myślą o założeniu Towarzystwa Farmaceutycznego, na wzór podobnych towarzystw istniejących w Cesarstwie, projekt do ustawy ma być już gotowy i wkrótce zostanie przedstawiony właściwéj Władzy.

— Zmarła w b. m. małżonka ś. p. D-ra Jana *Bącewicza*, zasłużonego na polu lekarskiem. Testament zmarłego w 1864 r. kolegi, który był jakby koroną zacnego jego żywota, z dniem śmierci żony wchodzi w wykonanie. Z zapisów testamentem uczynionych, kilka instytucji zostało obdarowanych: Warszawskie Towarzystwo Lekarskie otrzymało summę 22,500 rs. (150,000 złp.) na wystawienie domu. Na stypendja dla uczniów Szkoły Głównéj Warsz. dla kształcenia się za granicą 15,000 rs. (100,000 złp.). Dla pięciu wdów niezamożnych po lekarzach procent od summy 7,500 rs. (50,000 złp.). Dla Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych, którego zmarły był długi czas lekarzem 1,500 rs. (10,000 złp.). Książki zaś przeznaczone dla Studentów Wydziału Lekarskiego Warsz. i narzędzia operacyjne ofiarowane Wydziałowi Lekarskiemu, zaraz po śmierci zostały rozdzielone. Testament przekazujący resztę majątku wnukowi, kończy się temi słowy: „Wnuku mój! nie czyń mi wyrzutów żem cię skrzywdził robiąc legata. Wiedzieć musisz, że całe mienie zdobyłem krwawą i długoletnią pracą i oszczędnością. Nie mogłem przenieść na sobie, abyś ty opływał w zbytkach, a jam nie miał pociechy umierając, żem wspomógł biednych, otarł łzy sieroty i wdowy. Odziedziczysz i tak piękne mienie; jeżeli będziesz żyć w bojaźni Bożéj, pracować szczerze i uczciwie, wystarczy ci ono, zapewni przyzwoity dostatek i tobie i twoim następcom.

Redaktor, Z. Dobieszewski

w Drukarni J. Jaworskiego.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp. 1.)